

Impacto de Transferencias Condicionadas (AUH/AUE) en indicadores de gestión del Plan Nacer de Río Negro

Por Andrea Farías



**Licenciada en Obstetricia (UNLP)
Especialista en Sistemas de Salud
y Seguridad Social (ISALUD)
Responsable del Área Médica
de la Unidad de Gestión
del Programa Sumar de la
provincia de Río Negro**

1. Introducción

En noviembre del año 2009, a fin de optimizar los resultados de las políticas sociales y mejorar los niveles de equidad e inclusión social, se produce en nuestro país la integración de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y el Plan Nacer (PN). De la misma manera, en mayo de 2011 se amplió la cobertura de esta asignación a las mujeres embarazadas a partir del 3 mes de gestación mediante la Asignación Universal por Embarazo (AUE). La forma de articulación se estableció a través de las condicionalidades de salud que la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) exigía a sus beneficiarios. En este caso, la inscripción a este seguro materno infantil provincial se consideró un requisito obligatorio para poder percibir la AUH.

El objetivo fundamental de la implementación de la AUH para la protección social a niños, niñas y adolescentes, fue elaborar e instrumentar una política pública masiva de reducción de la pobreza, especialmente de la pobreza extrema, y favorecer a los sectores de menores recursos. En tal sentido, en mayo del 2010 se extiende la asignación a las mujeres embarazadas.

Por su parte, el PN se propone contribuir a la disminución del componente sanitario de la morbilidad materno infantil, aumentar la accesibilidad y la cobertura formal a los servicios de salud de embarazadas y niños menores de 6 años sin cobertura explícita de salud, fortaleciendo la red pública de servicios de salud a través de la asignación de recursos. El Programa se implementa desde 2005 en forma conjunta entre la Nación y las provincias.

A partir de esta sinergia, se destaca como el PN estimula y fortalece la oferta pública de atención de la salud, y la AUH moviliza a la población. La importancia de la integración de políticas sociales constituye una oportunidad positiva ya que contribuye a generar

conciencia en la población sobre la importancia del cuidado de la salud favoreciendo su exigibilidad como un derecho. Desde este enfoque, este trabajo se propone dimensionar el impacto de las transferencias condicionadas (AUH/AUE) en indicadores de gestión del PN de la pcia. de Río Negro a partir de la integración de dichas políticas públicas.

2. Asignación Universal por Hijo y el Plan Nacer

2.1 Inscripciones, aumentos de cobertura

Los objetivos de la articulación entre la AUH y el PN se basan en que las políticas públicas integrales promueven acciones en distintos componentes del Sector Público y alientan en la población la adopción de conductas promovidas por esos componentes gubernamentales (Salud, Educación, Desarrollo Social).

Desde la puesta en marcha, en noviembre de 2009, de esta inclusiva medida del Gobierno Nacional fueron inscriptos 1.352.192 de

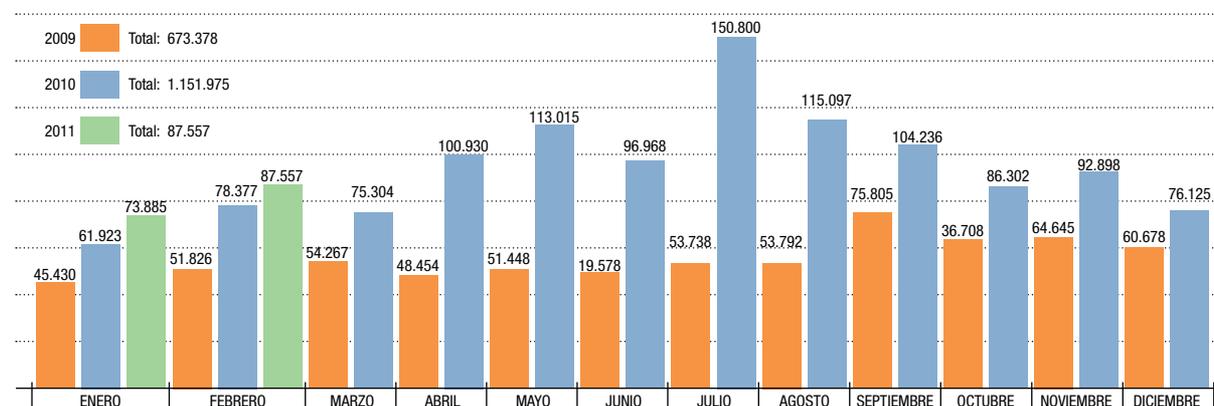
niños y niñas menores de seis años en el PN, lo cual representa un crecimiento en el nivel de las inscripciones en el 2010 que asciende al 71% con respecto al 2009. A su vez, este aumento tuvo un notable impacto financiero en las provincias que asciende a 43 millones de pesos. (PN y AUE, septiembre 2011). (Gráfico 1).

En relación a la AUE, si bien en el primer cuatrimestre de 2011, se observaba un incremento significativo en el número de mujeres embarazadas inscriptas en el Plan Nacer en relación al año 2010, en mayo, con la puesta en marcha de la asignación por embarazo, creció el número de embarazadas inscriptas un 30%. (Gráfico 2).

Otro aspecto que se destaca de la integración de estos programas es que a partir de la información nominalizada provista por el Plan Nacer, se detectaron aproximadamente 230.000 menores de seis años que aún no estaban generando el cobro de la AUH por no integrar ninguna de las bases o padrones que utilizó la ANSES para identificar a los potenciales titulares de la AUH (Memoria Anual AUH y PN, 2011)

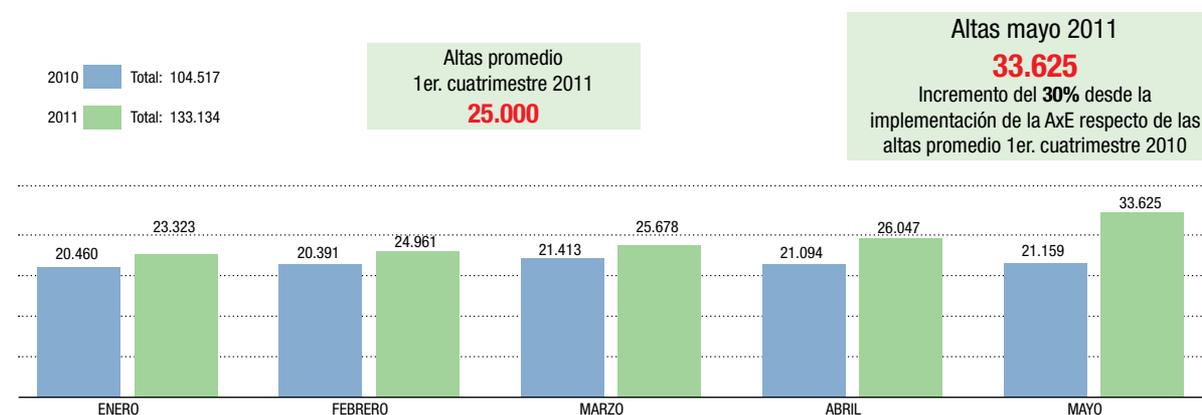
A su vez, mediante el cruce entre los padrones del PNY los de ANSES se determinó que de los 3.5 millones de niños/as y adolescen-

Gráfico 1
Incremento de Inscriptos entre 2009 y 2011



Fuente: Asignación Universal por Embarazo. Plan Nacer, Ministerio de Salud de la Nación, septiembre 2011

Gráfico 2
Impacto de la AUE en la inscripción de embarazadas del Plan Nacer



Fuente: Asignación Universal por Embarazo, Plan Nacer. Ministerio de Salud de la Nación, Junio 2011

tes que en la Argentina cobraban la AUH, 1.090.286 menores de 6 años (de los cuales 101.229 contaban con obra social) y, que de este total 393.987 ya estaban inscriptos en el Programa de Seguros Públicos. (AUH y su plan de salud, MSAL 2010).

Para la provincia de Río Negro, ANSES validó en diciembre del 2009, 6.409 niños < 6 que cumplían con la condicionalidad de inscripción al Plan Nacer.

La evolución de inscriptos activos del programa (beneficiarios mujeres y niños sin cobertura explícita de salud) ha presentado una tendencia en aumento, principalmente durante el segundo semestre 2009 y 2010.

Durante el primer año de la implementación de la AUH se incorporaron 3.350 beneficiarios activos en relación al ejercicio 2009, registrando una cantidad total de 21.238 beneficiarios a diciembre de 2010.

En 2011 la tendencia del ritmo de inscripción fue menor. Se incorporaron 982 beneficiarios activos en relación al 2010, alcanzando a diciembre un total de 22.220 beneficiarios (incremento 6%). (Tabla 1) (Gráfico 3)

Tabla 1
Cantidad de inscriptos totales por mes y por año

Inscriptos Totales	2009	2010	2011
Enero	13.967	17.953	21.103
Febrero	14.414	18.075	21.008
Marzo	14.825	18.223	21.303
Abril	14.758	18.296	20.720
Mayo	15.068	18.187	21.354
Junio	15.318	18.893	20.622
Julio	15.983	19.860	21.503
Agosto	16.665	20.432	22.279
Setiembre	17.073	21.724	22.748
Octubre	17.281	22.002	22.509
Noviembre	17.595	21.500	22.473
Diciembre	17.888	21.238	22.220

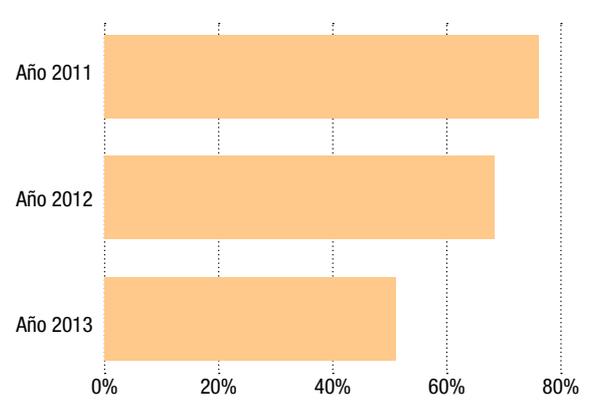
Fuente: Elaboración propia en base a reportes de inscripción PN-MSAL

En relación a la evolución de la tasa de cobertura global de inscriptos, a diciembre del 2009 el programa registraba un 55% de la población objetivo bajo programa. En 2010 se registró un incremento del 16% alcanzando un 71% de cobertura. Tal como se mencionó anteriormente, en 2011 el desempeño fue menor en inscripción registrando una cobertura global del 77%.

Es importante señalar que el aumento de la cobertura de beneficiarios, fue a expensas de la inscripción de niños menores de 6 años. El mayor impacto estuvo dado durante el primer año en que se hizo efectivo el cumplimiento de las condicionalidades de salud para percibir AUH (inscripción).

En noviembre del 2009 la cantidad de niños inscriptos era de 15.768, alcanzando a diciembre del 2011 una cantidad de 20.141 niños bajo programa. (Incremento del 20%). (Tabla 2) (Gráfico 5) Durante la etapa de mayor aumento de la inscripción de niños (Año 2010); se produce un comportamiento inverso en la tendencia de embarazadas bajo programa. Es posible suponer que el equipo de salud que trabaja con el programa, haya volcado sus esfuerzos

Gráfico 3
Tendencia de la Tasa de Cobertura Global por años



Fuente: elaboración propia

Tabla 2
Cantidad mensual de inscriptos totales y cantidad de niños bajo programa desagregados por año

	Año 2009			Año 2010			Año 2011		
	Insc. totales	Niños	% niños	Insc. totales	Niños	% niños	Insc. totales	Niños	% niños
Enero	13.967	12.351	88%	17.953	16.190	90%	21.103	19.568	93%
Febrero	14.414	12.722	88%	18.075	16.384	91%	21.008	19.579	93%
Marzo	14.825	13.069	88%	18.223	16.620	91%	21.303	19.661	92%
Abril	14.758	13.037	88%	18.296	16.656	91%	20.720	19.174	93%
Mayo	15.068	13.374	89%	18.187	16.616	91%	21.354	19.615	92%
Junio	15.318	13.580	89%	18.893	17.283	91%	20.622	18.833	91%
Julio	15.983	14.229	89%	19.860	18.113	91%	21.503	19.623	91%
Agosto	16.665	14.744	88%	20.432	18.627	91%	22.279	20.347	91%
Setiembre	17.073	15.261	89%	21.724	19.926	92%	22.748	20.752	91%
Octubre	17.281	15.522	90%	22.002	20.169	92%	22.509	20.366	90%
Noviembre	17.595	15.768	90%	21.500	19.803	92%	22.473	20.332	90%
Diciembre	17.888	16.060	90%	21.238	19.557	92%	22.220	20.141	91%

Fuente: Elaboración propia en base a reportes de inscripción PN-MSAL

en hacer frente a la demanda efectiva por parte de la población beneficiaria de AUH que requería la inscripción de niños al Plan Nacer para dar cumplimiento a las condicionalidades de salud que exige ANSES. (Tabla 3)

A partir de la implementación de AUE en mayo del 2011, el desempeño de inscripción del grupo de embarazadas se vió favorecida, registrando un marcado crecimiento. De 1.535 embarazadas a enero del 2011 se incrementaron 544 (24%) registrando a diciembre 2.079 embarazadas.

2.2 Facturación prestaciones control prenatal de 1° vez

La facturación de la prestación del 1° control prenatal antes de la

semana 20 de gestación ha aumentado notablemente en 2011. El bajo nivel de facturación de esta prestación en los años anteriores está vinculado a otras variables ajenas al objeto de estudio (procesamiento y circuito del padrón de afiliados). (Tabla 4)

2.3 Desempeño sanitario del grupo embarazo

Para el cumplimiento de la meta sanitaria de captación de las embarazadas antes de la semana 20 de gestación, además de los datos de la facturación se utiliza la información del certificado médico que respalda la afiliación de este grupo poblacional. (Tabla 5)

La cobertura anual promedio de captación de la población objetivo de embarazadas que realizaron su control prenatal en la primera

Tabla 3
Cantidad mensual de niños y embarazadas bajo programa desagregados por año

	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	niños	emb	niños	emb	niños	emb
Enero	12.351	1.616	16.190	1.763	19.568	1.535
Febrero	12.722	1.692	16.384	1.691	19.579	1.429
Marzo	13.069	1.756	16.620	1.603	19.661	1.642
Abril	13.037	1.721	16.656	1.640	19.174	1.546
Mayo	13.374	1.694	16.616	1.571	19.615	1.739
Junio	13.580	1.738	17.283	1.610	18.833	1.789
Julio	14.229	1.754	18.113	1.747	19.623	1.880
Agosto	14.744	1.921	18.627	1.805	20.347	1.932
Setiembre	15.261	1.812	19.926	1.798	20.752	1.996
Octubre	15.522	1.759	20.169	1.833	20.366	2.143
Noviembre	15.768	1.827	19.803	1.697	20.332	2.141
Diciembre	16.060	1.828	19.557	1.681	20.141	2.079

Fuente: Elaboración propia en base a reportes de inscripción PN-MSAL

Tabla 4
Cantidad de prestaciones facturadas de control prenatal de 1° vez antes de la semana 20 de gestación

	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Prestación control prenatal 1° vez < 20 semanas	236	220	994

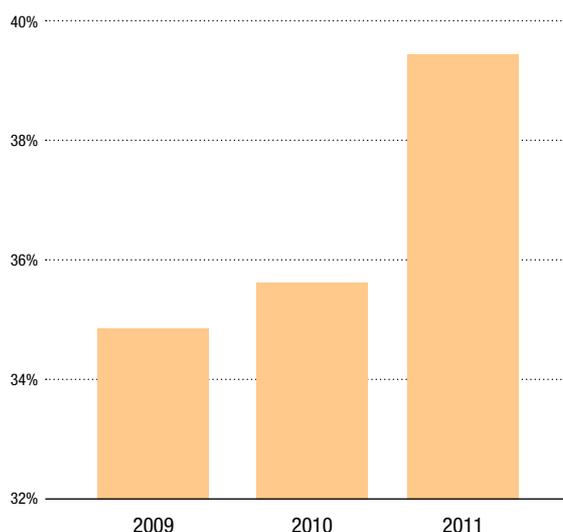
Fuente: elaboración propia en base reportes del sistema de facturación de prestaciones de la unidad de gestión PN-MSP.

Tabla 5
Desempeño sanitario del cumplimiento de la captación de embarazadas antes de la semana 20 de gestación

Meta sanitaria captación embarazadas antes de las 20 semanas	Cantidad emb con control prenatal < 20 semanas	Cobertura anual promedio
2009	1.508	35%
2010	1.540	36%
2011	1.740	40%

Fuente: elaboración propia en base reportes de trazadoras de la unidad de gestión PN-MSP.

Gráfico N° 4
Cobertura anual de la meta sanitaria de captación de embarazadas antes de las 20 semanas



Fuente: Elaboración propia en base reportes de trazadoras de la unidad de gestión PN-MSP.

mitad del embarazo aumentó en 2011, año en que se encuentra vigente la asignación universal por embarazo, alcanzando un valor del 40%. (Gráfico 4)

La sinergia de la AUE y el Plan Nacer ha tenido un efecto positivo, tanto en los procesos de inscripción, facturación así también como en el nivel de cumplimiento de la meta sanitaria.

2.4 Facturación de prestaciones de control integral del niño

A diferencia del comportamiento que registró el grupo poblacional de embarazadas, la facturación de prestaciones de control de agenda de niños presentó una disminución en 2010. Esto coincide con el momento en que hubo mayor crecimiento de niños inscritos al programa. (Tabla 6)

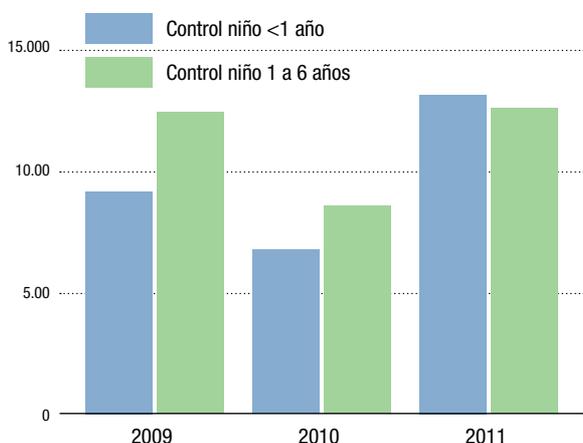
Se podría inferir que esto se debe en gran parte a la sobrecarga de trabajo que tuvieron los integrantes del equipo de salud de la red pública para responder no solo a la demanda de atención, sino también a los requerimientos administrativos inherentes a los procesos operativos del Plan Nacer (inscripción, facturación, reporte de datos sanitarios) y de ANSES (Libreta sanitaria con certificación de controles sanitarios y vacunas). A los fines de dar cumplimiento a las condicionalidades de salud de los beneficiarios de la AUH se habría afectado la producción de la facturación de prestaciones de este grupo etario.

Tabla 6
Cantidad de prestaciones facturadas de control del niño

	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Control niño < 1 año	9.250	6.898	13.350
Control niño 1 a 6 años	12.516	8.630	12.706
Total	21.766	15.528	26.056

Fuente: elaboración propia en base reportes del sistema de facturación de prestaciones de la unidad de gestión PN-MSP.

Gráfico 5
Tendencia de la cantidad de prestaciones facturadas de control del niño



Fuente: elaboración propia en base reportes del sistema de facturación de prestaciones de la unidad de gestión PN-MSP.

En 2011 esta situación se revirtió, evidenciando una recuperación del volumen de facturación de control de niño, principalmente en mayor proporción en el menor de 1 año. (Gráfico 5)

2.5 Desempeño sanitario del grupo niños

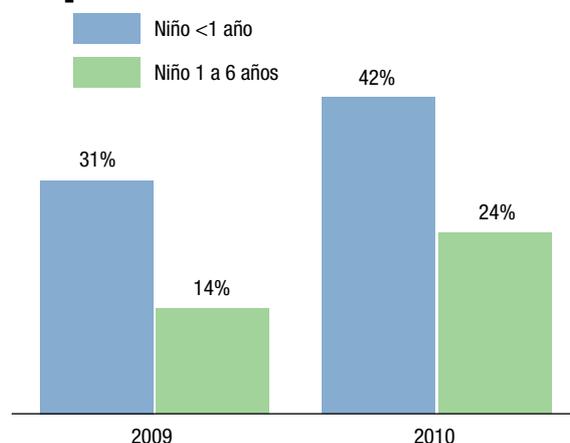
Para dar cumplimiento a estas metas sanitarias se debe lograr el reporte de niños que cumplan con agenda completa y periódica de controles. Para ello, se debe contar con la información de cada control que el niño realice según su edad (en base a lo establecido en las normas de atención), y los datos antropométricos de peso, talla, perímetro cefálico, con sus percentilos correspondientes. No se consideran casos válidos los reportes de controles que no son periódicos, o aquellos que tengan algún dato sanitario incompleto o faltante.

El desempeño para estas metas sanitarias a partir del 2010 se encuentra por debajo del umbral mínimo esperado (33%), sobre todo teniendo en cuenta la disminución en la facturación de las prestaciones vinculadas al reporte de los datos necesarios. Además, se presentan otras variables externas que no son objeto de estudio (implementación de nuevas curvas de crecimiento y cambios en los reportes prestacionales de niños) que influyeron considerablemente (sesgo de reportes y registros). (Gráfico 6)

3. Elementos claves para analizar la articulación AUH-Plan Nacer

La AUH así como el Plan Nacer comparten la población objetivo focalizando sus acciones en los grupos con mayor vulnerabilidad. Mediante las transferencias de recursos tienden a reforzar el acceso a los servicios preventivos esenciales incentivando la demanda sanitaria y fomentando el desarrollo de capacidades de la población bajo programa.

Gráfico 6
Cobertura del control periódico y completo del niño



Fuente: Elaboración propia en base reportes de trazadoras de la unidad de gestión PN-MSP.

Promueven oportunidades de inclusión, a fin de contribuir a cerrar las brechas de cobertura de protección social.

Además, el Plan Nacer incentiva el fortalecimiento de la oferta pública a través de las transferencias de recursos a los efectores en base a la facturación de prestaciones que se brindan a los beneficiarios del programa.

El siguiente cuadro representa gráficamente la articulación entre el Plan Nacer, el Plan de Salud de la AUH y los efectores de la red pública de servicios sanitarios. (Gráfico 7)

Los resultados obtenidos por el presente estudio, demuestran que durante la sinergia entre estas dos políticas, y a partir de la fuerte demanda por parte de la población, el desempeño en los indicadores de gestión del Plan Nacer presentó diferentes comportamientos entre sí, incluso al interior de cada grupo poblacional.

El impacto de la AUH más relevante se observó en el indicador de inscripción del programa, que pasó de un 55% a un 77% de cobertura global, sobre todo, a expensas de la inscripción de niños los cuales tuvieron un incremento del 20% durante 2009/2011. Para la provincia, la cobertura de su población objetivo se vio fortalecida a partir de la AUH, lo que significó la obtención de mayores recursos mediante transferencias de nación a la provincia en base a resulta-

dos de inclusión social. La inscripción implica la nominalización de población vulnerable (sin obra social) y la identidad del beneficiario frente al sistema de salud, potenciando el georreferenciamiento así como las oportunidades de búsqueda en terreno de niños y/o embarazadas con abandono de controles.

En el grupo mujer se observó un efecto positivo en 2011 con la implementación de la AUE. Hubo mejoras en el desempeño de los indicadores de inscripción de embarazadas (aumento 24%) como también en los indicadores de facturación y cumplimiento de la meta sanitaria de captación de embarazadas antes de la semana 20 de gestación (incremento del 35% al 40%). El incentivo de estas prestaciones ambulatorias son importantes desde el punto de vista sanitario debido a que están relacionadas con el ingreso al sistema sanitario de la embarazada en forma temprana, propiciando la detección oportuna del riesgo, la promoción, vigilancia de la evolución y cuidado del embarazo.

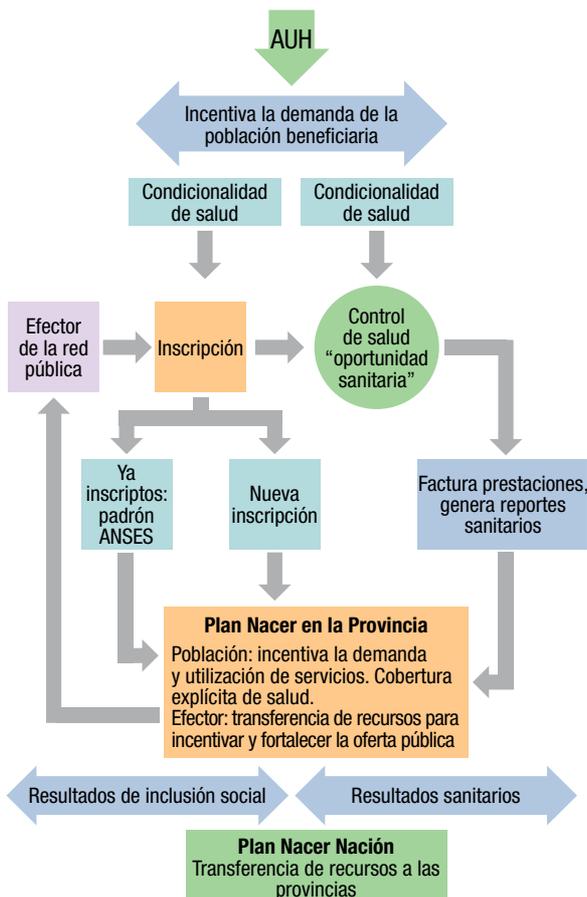
Los indicadores que demostraron una tendencia decreciente fueron: el nivel de producción de prestaciones de control del niño (disminución del 29%) y el reporte sanitario para el cumplimiento de metas en este grupo poblacional (disminución 17% en menores de 1 año y del 18% en niños de 1 a 6 años) a partir del primer año de implementación de la AUH.

Acá entran en juego varios factores. Por un lado, hubo una proporción de niños que concurrieron a los establecimientos sanitarios para dar cumplimiento al requisito de inscripción al Plan Nacer para poder percibir AUH. Este requisito es obligatorio hasta los 6 años de edad (a diciembre 2009 solo el 41% figuraba como ya inscripto).

Por otro lado, hubo una demanda de niños y adolescentes hasta 18 años que concurrieron a los establecimientos sanitarios para dar cumplimiento a la condicionalidad del control de salud. Más allá de la certificación de la libreta de salud de ANSES, esto condicionalidad constituye una oportunidad sanitaria de poder realizar un control completo, favorecer la utilización de servicios, promover el cuidado de salud y detectar patologías prevalentes al menos 1 vez al año, sobre todo; teniendo en cuenta de que si bien en Argentina la provisión de servicios de salud en el subsector público es de carácter universal, existen brechas de cobertura y acceso. Sólo para el universo de menores de 6 años sin obra social se estimó un total de 15.784 beneficiarios de AUH en la provincia.

Al disminuir el volumen de estas prestaciones, se afecta en forma directa el reporte de controles con datos antropométricos requeridos para dar cumplimiento a las metas sanitarias de niños. También la obtención de transferencias por resultados sanitarios de seguimiento de salud del niño cuyo umbral mínimo de cumplimiento es del 33%. Las transferencias de nación a la provincia en base a resultados durante el período de estudio demuestran que existen brechas en función del desempeño sanitario, asociado a la capacidad de obtención del dato a partir de los registros clínicos existentes, la generación del reporte sanitario, y a los niveles de producción de facturación de prestaciones. (Tabla 7)

Gráfico 7
Articulación de políticas públicas:
Plan Nacer y AUH



Fuente: elaboración propia

Se podría inferir entonces, que una debilidad observada a partir de la articulación de ambos programas sería la disociación entre el incentivo a la demanda y la capacidad de oferta, en la medida en que la demanda potencial se convirtió en demanda efectiva. Esta debilidad guardaría relación con la estructura de los establecimientos públicos, la oferta de recurso humano suficiente y la organización de los servicios para poder dar respuestas en forma simultánea tanto al incremento de la población atendida en los establecimientos públicos como también a los distintos procesos operativos del Plan Nacer y de la Asignación Universal por Hijo.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el Plan Nacer además, incentiva la mejora de la oferta pública de servicios mediante la transferencia de recursos desde la provincia hacia los efectores en función de la compra de prestaciones realizadas a la población bajo programa. Entonces, una segunda debilidad hacia el interior de la oferta se vincula al hecho de que por la sobrecarga administrativa que tuvo el equipo de salud en el 2010 (especialmente en los servicios vinculados a la atención del niño), aquellos recursos destinados al fortalecimiento de los efectores de la red pública se vieron afectados por la disminución temporaria de los niveles de facturación.

Entonces, en la medida en que la capacidad de respuesta de la oferta manifiesta debilidades, cabe preguntarse ¿la superposición de actividades en el equipo de salud podría afectar la calidad de la atención? ¿qué tipo de organización, herramientas y recursos se necesita para que el trabajo administrativo de los programas no recaiga solo en el equipo de salud?, ¿de qué manera debiera instrumentarse la microgestión de los programas en el nivel local? ¿Qué otros mecanismos de organización podrían utilizarse en los niveles locales para aprovechar mejor los recursos destinados al fortalecimiento de la oferta? ¿Antes de implementar programas sociales con incentivo a la demanda en qué medida se tiene en cuenta la capacidad de respuesta de la oferta pública del sistema sanitario? ¿Qué grado de coordinación existe entre los distintos sectores que transfieren recursos y/o bienes a una misma población objetivo?

4. Conclusiones

A partir de la integración de la AUH y AUE con el Plan Nacer en la Pcia. de Rio Negro se destacan como aspectos posi-

vos: el aumento de la demanda por parte de la población y la inclusión social; observando incrementos en los niveles de inscripción del programa (aumento del 22% en la cobertura global de inscriptos, aumento del 20% en la cobertura de niños desde 2009 al 2011, y aumento del 24% en la inscripción de embarazadas en 2011).

Se observó una mayor utilización de servicios por parte de las embarazadas, registrando aumentos en los niveles de cobertura de la realización del primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación (incremento del 5%).

El incentivo de este tipo de programas de transferencias generó un cambio en el comportamiento de la demanda, pasando de una demanda “potencial- espontánea” a una demanda “efectiva e inducida” que concurre a los establecimientos sanitarios exigiendo la inscripción al Plan Nacer para poder percibir el beneficio de la asignación universal, y la certificación de los controles de salud, vacunas en la libreta de salud de ANSES. Esta condicionalidad es importante en tanto que representa una “oportunidad sanitaria” para realizar controles completos a la población vulnerable al menos una vez al año.

La utilización de servicios por parte de la población de niños no se vió reflejada en los indicadores de producción del programa, debido a una disminución considerable en el volumen de facturación y en la generación de reportes sanitarios. Esta situación fue coincidente con el período de mayor incremento de inscriptos y con el primer año de implementación de la AUH.

Se evidenció una debilidad desde el lado de la oferta de servicios públicos, debido a la sobrecarga de tareas que tiene el equipo de salud para poder dar respuesta en forma simultánea a la demanda de atención, a los procesos de inscripción, facturación, generación de reportes sanitarios del Plan Nacer, y certificaciones que requieren los beneficiarios de la asignación universal.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el Plan Nacer además, incentiva la mejora de la oferta pública de servicios mediante la transferencia de recursos desde la provincia hacia los efectores en función de la compra de prestaciones realizadas a la población bajo programa. Entonces, una segunda debilidad hacia el interior de la oferta se vincula al hecho de que por la sobrecarga administrativa del equipo, aquellos recursos destinados al fortalecimiento de los efectores de la red pública se vieron afectados en la medida en que disminuyó en forma temporaria el nivel de facturación del servicio de pediatría.

Tabla 7

Transferencias recibidas por la provincia en base a inclusión y desempeño sanitario

	Transferencia mensual por inclusión social	Transferencias complementarias por desempeño sanitario promedio anual	Transferencias capitadas totales	Brechas
Año 2009	60,00%	18,55%	78,55%	21,45%
Año 2010	60,00%	17,77%	77,77%	22,23%
Año 2011	60,00%	15,81%	75,81%	24,19%

Fuente: elaboración propia en base a datos del programa PN-MSAL y Unidad de Gestión Provincial.

Resulta necesario entonces considerar en la planificación y operativización de las políticas sociales, la capacidad de respuesta de la oferta sistema sanitario, así como la coordinación entre los distintos sectores que transfieren recursos y/o bienes a una misma población

objetivo. También, el reordenamiento de la oferta pública en cuanto a estructura y organización a los fines de un mejor aprovechamiento de los recursos para la optimización de la calidad de atención y lograr un impacto en el estado de salud de la población.

Referencias bibliográficas

- ANSES, La inclusión social como transformación: Políticas Públicas para todos. Asignación Universal por Hijo para Protección Social: Una política de inclusión para los más vulnerables. Julio 2011.
- ANSES, Observatorio de la Seguridad Social. La Asignación Universal por Hijo para protección social en perspectiva. La política pública como restauradora de derechos. Abril 2012.
- AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN, Informe de Auditoría de Gestión sobre el Plan Nacer. Convenio Préstamo BIRF N° 7409-AR y 7225-AR. Diciembre 2008, 86 páginas.
- BARBEITO Alberto, Lo Vuolo Rubén. El “ingreso ciudadano” en la agenda de políticas públicas de la Argentina. Breve historia del Ingreso Ciudadano. Boletín Informativo de la Red Argentina de Ingreso Ciudadano N°1, 2003.
- BERTRANOU Fabio. Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares. OIT en Argentina, Proyecto ARG/06/M01/FRA. Una respuesta nacional a los desafíos de la globalización, 2010.
- FRANCO Rolando, Institucionalidad Social en América Latina. CEPAL, 2010.
- GASPARIINI Leonardo, Cruces Guillermo, Las Asignaciones Universales por hijo en Argentina: Impacto, discusión y alternativas. CEDLAS 102, Año 2010.
- GASPARIINI Leonardo, Cruces Guillermo. Una Distribución en Movimiento: El Caso de Argentina* Una Revisión de la Evidencia Empírica. CEDLAS 78, UNLP, agosto de 2008.
- GARCÉS Laura, Lucero Marcelo... [et al], Asignación Universal por Hijo. Aportes para el debate. Revista La Universidad, Universidad Nacional de San Juan, Año VI, N° 46, Diciembre 2009. Páginas 44.
- HINTZE Susana y Costa María Ignacia; Asignación Universal por Hijo e impactos sociales, Universidad Nacional de General Sarmiento. Jornada de discusión sobre la Asignación Universal por Hijo para Protección Social. Buenos Aires, 29 de marzo de 2011.
- LÉPORE Silvia, Macció Jimena. Crisis de reproducción social en la Argentina. Segmentación laboral y desigualdad del ingreso en los hogares, 1998-2002. UCA, Agosto 2003.
- LO VUOLO, Rubén. Asignación Universal por Hijo. Ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales AAPS, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano. REDAIC, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina AMIA”, 2010.
- MALDONADO, Jorge. Los programas de transferencias condicionadas: ¿hacia la inclusión financiera de los pobres en América Latina. Lima, IEP; Idrc, 2011 (Serie: Serie: Análisis Económico, 26)
- MEDIAVILLA, M. Eugenia. Análisis de los Programas “Asignación Universal por Hijo para Protección Social” y “Bolsa Familia” como estrategias de contención social en Argentina y Brasil. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, octubre 2010.
- NAHÓN Cecilia. Políticas Sociales y Acumulación de Capital en Argentina. Rev. FACES Año 8 N° 15, 2002.
- NOVACOVSKY Irene, La Asignación Universal por Hijo frente a un ingreso ciudadano en la niñez; en Neri Aldo... [et al], Asignación Universal por Hijo. Ciclo de conferencias organizado por la Asociación Argentina de Políticas Sociales AAPS, la Red Argentina de Ingreso Ciudadano REDAIC, con el auspicio de UNICEF Argentina y la colaboración de la Asociación Mutual Israelita Argentina AMIA. 1ª ed.- Buenos Aires; AAPS, 2010. 93 páginas. http://www.unicef.org/argentina/spanish/jornadas_asignacion_universal.pdf
- O’CONNOR Ernesto. Programa de Análisis de Coyuntura Económica-PAC. Informe Anual de coyuntura económica. Universidad Católica Argentina. Año 9 – Número 11 – 20 de diciembre de 2010
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Iniciativa conjunta de la OPS y la OIT sobre la extensión de la protección social en salud. Washington, D.C. OPS, © 2005.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO- Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet. OIT con la colaboración de la OMS, 2011
- PLAN NACER, Ministerio de Salud de la Nación., Asignación Universal por Hijo, Asignación Universal por Embarazo. Presentación 1° Encuentro Anual Nacional del Plan Nacer, Tucumán. Abril de 2011.
- PLAN NACER, Ministerio de Salud de la Nación, Memoria Anual Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) y Plan Nacer. 2011.
- PLAN NACER, Ministerio de Salud de la Nación, Asignación Universal por Embarazo y el Plan Nacer. “Asignación por Embarazo para Protección Social”. Septiembre 2011.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. La extensión de la Asignación Universal a las embarazadas y su articulación con el Plan Nacer. Política Social: Capacidades y Derechos. Vol I, PNUD 2010.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial, ARG/04/023; 2004.
- RANGEL B. Marta. “Pobreza Rural y los Programas de Transferencias Condicionadas en América Latina y El Caribe”. Documento de Trabajo N° 3. Proyecto Conocimiento y Cambio en Pobreza Rural y Desarrollo. Rimisp, Santiago, Chile. 2011
- REPETTO Fabián. Política Social, entre la democracia y el desarrollo. Nueva Sociedad NRO.131 Mayo-Junio 1994, PP. 132-143.
- REPETTO Fabián, Díaz Langou Gala. Desafíos y enseñanzas de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social a un año de su creación. Buenos Aires: Área de Desarrollo Social. Programa de Protección Social. CIPPEC; 2010.
- REPETTO Fabián, Díaz Langou G., Marazzi V. ¿Hacia un sistema de protección social integral? El ingreso para la niñez es sólo la punta del ovillo. Doc. N° 67 CIPPEC, 2009.
- REPETTO Fabián, Potenza Dal Masetto F. Protección Social en Argentina. CEPAL 2011.
- ROBLES Claudia. América Latina y la protección social: Avances y desafíos para su consolidación. CEPAL, 2009.
- ROCA Emilia; Asignación Universal por Hijo (AUH): Extensión de las Asignaciones Familiares. Revista “Debate Público. Reflexión de Trabajo Social” - Marzo 2011.
- RUBINSTEIN Adolfo, Althabe Fernando... [et al], Evaluación de los beneficios generados en el ámbito de la salud por la relación entre Plan Nacer y otras direcciones gubernamentales en la implementación de la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo. IECS – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria –TDR-Producto 2 para el Programa SUMAR, Julio 2012.
- SUÁREZ Francisco, Problemas Sociales y problemas de programas sociales masivos. OEA-ILPES. Costa Rica, 1989.
- VILLATORO Pablo. Las Transferencias Condicionadas en América Latina: Luces y Sombras. Documento de la CEPAL para el SEMINARIO INTERNACIONAL “Evolución y desafíos de los programas de transferencias condicionadas”; Noviembre 2007.